

Regionalni ured ..... Područna služba .....

MBO .....

OIB .....

Ime i prezime .....

Datum rođenja .....

Adresa osig. osobe .....

Grad/naselje ..... Ulica i broj .....



Hrvatski  
zavod za  
zdravstveno  
osiguranje

Naziv, adresa i broj telefona zdravstvene ustanove  
/ ordinacije privatne prakse / isporučitelja koji  
propisuje pomagalo

Šifra zdr. ustanove - ordinacije priv. prakse  
ili šifra ugovorne maloprodajne lokacije

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Šifra ugovornog doktora

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## POTVRDA o očnim i tiftotehničkim pomagalima

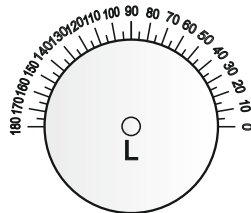
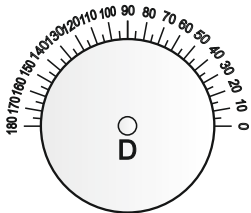
Kat. osig. <input type="text"/>	Spol <input type="text"/>	U cijelosti pokriva obvezno zdravstveno osiguranje šifra <input type="text"/>	Broj police dopunskog zdravstvenog osiguranja <input type="text"/>	Broj evidencije prijave ozljede/bolesti <sup>a</sup> <input type="text"/>
Drž. osig. <input type="text"/>	Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska kartica ZO ili certifikata <input type="text"/>	Evidencijski broj priznate ozljede na radu / profesionalne bolesti <sup>a</sup> <input type="text"/>		

### I. PODACI O POMAGALU I DIJELOVIMA POMAGALA

Dijagnoza: .....

Broj potvrde

Šifra po MKB



Uporaba	Dsph	Dcyl	Axis	Pris	Basis
za daljinu	D.o.				
	L.o.				
za blizinu	D.o.				
	L.o.				

Oštrina vida s korekcijom: VOD CC

0,1	0,2	0,3	0,4	0,5	0,6	0,7	0,8	0,9	1,0
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

VOS CC

0,1	0,2	0,3	0,4	0,5	0,6	0,7	0,8	0,9	1,0
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Razmak zjenica ..... mm

Redni broj	Šifra i barkod pomagala	Naziv pomagala iz lista pomagala	Količina	Potrebno odobrenje liječničkog povjerenstva Zavoda
1.				DA <sup>a</sup> - NE <sup>a</sup>
2.				DA <sup>a</sup> - NE <sup>a</sup>
3.				DA <sup>a</sup> - NE <sup>a</sup>
4.				DA <sup>a</sup> - NE <sup>a</sup>

Popravak pomagala: DA<sup>a</sup> - NE<sup>a</sup>

M.P. ....

Šifra, potpis, faksimil i pečat doktora koji je propisao pomagalo  
ili šifra ugovornog isporučitelja

U ..... 20 ..... g.

### II. ODOBRENJE LIJEČNIČKOG POVJERENSTVA

Odobrenje broj ..... / .....

Nalaz, mišljenje i ocjena<sup>b</sup>

Šifra i potpis člana LP-a

Šifra i potpis člana LP-a

Šifra i potpis člana LP-a

KLASA: .....

M.P. URBROJ: .....

U ..... 20 ..... g.

**III. OVJERA POTVRDE** (ispunjava ovlašteni radnik Zavoda)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Broj potvrde

Redni broj	Šifra pomagala iz lista pomagala	Naziv pomagala iz lista pomagala	Količina
1.			
2.			
3.			
4.			

U ..... 20 .... g.

M.P.

Šifra i potpis ovlaštenog radnika Zavoda

**IV. IZDAVANJE** (ispunjava ugovorni isporučitelj)

Matični broj HZZO: 0 3 5 8 0 2 6 1

**Ugovorni isporučitelj:**

OIB: 02958272670

Naziv: ..... Adresa sjedišta (mjesto, ulica i broj) .....

Adresa maloprodajne lokacije (mjesto, ulica i broj) .....

Šifra maloprodajne lokacije .....

Broj žiro-računa: .....

Poziv na broj: .....

**R1**

Broj računa isporučitelja: .....

Matični broj isporučitelja: .....

OIB isporučitelja: .....

Broj maloprodajnog računa .....

Redni broj	Šifra isporučenog pomagala	Naziv isporučenog pomagala	Količina	Jedinična cijena u EUR bez PDV-a s Osnovne liste pomagala	Stopa PDV-a	Ukupni iznos u EUR s PDV-om	Jedinična razlika u cijeni u EUR bez PDV-a	Ukupni iznos razlike u EUR s PDV-om
1.								
2.								
3.								
4.								
Ukupno:								

1. Ukupan iznos za pomagala (s PDV-om) ..... EUR

2. Iznos sudjelovanja ..... EUR

3. Iznos na teret obveznog zdravstvenog osiguranja ..... EUR

4. Iznos razlike u cijeni ..... EUR

Datum narudžbe ..... /20 .... g. 5. Iznos obračunatog PDV-a u točki 3. .... EUR

Datum izdavanja pomagala ..... /20 .... g.

Mjesto i datum izdavanja računa ..... 20.... g. Potvrđujem primitak pomagala - SA<sup>a</sup> jamstvenim listom

- BEZ<sup>a</sup> jamstvenog lista

M.P.

Potpis osigurane osobe:

Ime, prezime i potpis odgovorne osobe koja je izdala pomagalo

**V. IZJAVA OSIGURANE OSOBE**<sup>c</sup>

- Ovom izjavom izjavljujem da pristajem na isporuku istovrsnog pomagala iz liste pomagala, u odnosu na propisano pomagalo.
- Od strane ugovornog isporučitelja informiran sam da pomagalo koje je propisano na potvrđi Zavoda (standardno pomagalo), imam pravo ostvariti na teret Zavoda, bez obveze podmirenja dodatnih troškova, osim sudjelovanja u cijeni pomagala, ako isto ne ostvarujem u cijelosti na teret Zavoda sukladno Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju.
- Ovom izjavom izjavljujem da pristajem na isporuku pomagala veće vrijednosti od vrijednosti pomagala utvrđene listama pomagala za pomagala odgovarajućeg standarda i kvalitete koje osigurava Zavod. Na taj način pristajem da za popravak pomagala uključujući i rezervne dijelove za to pomagalo Zavod snosi troškove u visini troškova standardnog pomagala, a troškove rezervnog dijela za pomagalo veće vrijednosti koje ne sadržava standardno pomagalo kao i troškove zamjene tog dijela snosim osobno.
- Ovom izjavom izjavljujem da pristajem na isporuku pomagala s **Dodatne liste pomagala** te da sam upoznat o svojoj obvezi osobnog plaćanja razlike u cijeni pomagala u odnosu na cijenu pomagala s Osnovne liste pomagala.

M.P.

Potpis osigurane osobe:

Ime, prezime i potpis odgovorne osobe

U ..... 20 .... g.

<sup>c</sup> zaokruži odgovarajuće